

## Anhang 2: Handlungsfelder mit Mindestanforderungen, Qualitätsmessungen und Umsetzung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung

<i>Version</i>	<i>Datum</i>	<i>Stand</i>	<i>Bearbeiter</i>
1.0	31.03.2022	Eingabe an BAG	QVP
	25.4.2023	Bearbeitung	MO, MSI, AJ
	12.5.2023	Überarbeitung	MSI
	15.05.2023	Überarbeitung	MO, MSI, AJ
	22.05.2023	Überarbeitung für Verhandlung vom 25.05.2023	MSI
	20.06.2023	Bearbeitung	MSI
	13.07.2023	Redaktionelle Bearbeitung	MSI
	24.07.2023	Redaktionelle Bearbeitung	MSI
	27.7.2023	Überarbeitung & Bereinigung	AJ, MO
	04.09.2023	Wording	MO
2.0	11.09.2023	Finalisierung	Alle

# Inhalt

1	Qualitätsindikatoren.....	3
1.1	Auswahlkriterien für die externen Audits.....	3
1.1.1	Akutsomatik .....	3
1.1.2	Psychiatrie .....	3
1.1.3	Rehabilitation .....	4
1.2	Begründung Priorisierung der Qualitätsaktivitäten und Wahl der Qualitätsverbesserungsmassnahmen .....	4
2	Mindestanforderungen und Qualitätsverbesserungsmassnahmen .....	5
2.1	Governance .....	5
2.2	Mindestanforderungen an Handlungsfelder.....	6

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Qualitätsindikatoren Akutsomatik.....	3
Tabelle 2:	Qualitätsindikatoren Psychiatrie .....	3
Tabelle 3:	Qualitätsindikatoren Rehabilitation .....	4
Tabelle 4:	Governance mit Zielen und Mindestanforderungen .....	5
Tabelle 5:	Handlungsfelder mit Zielen, Mindestanforderungen und QVM.....	6

# Einleitung

Anhang 2 zum Qualitätsvertrag gemäss Art.58a KVG beschreibt die Qualitätsmessungen, Qualitätsindikatoren sowie Mindestanforderungen an die Umsetzung der Handlungsfelder.

## 1 Qualitätsindikatoren

### 1.1 Auswahlkriterien für die externen Audits

Die aus den nachfolgend gelisteten Messungen abgeleiteten Qualitätsindikatoren (QI) werden zusammen mit dem Zufallsprinzip als Auswahlkriterien für die externen Audits benutzt. Ziel ist, dass alle Spitäler und Kliniken innerhalb von 8 Jahren einmal auditiert werden. Damit ein Spital oder eine Klinik aufgrund der Qualitätsindikatoren ausgewählt wird, müssen mindestens zwei Auswahlkriterien gemäss Ziffer 1.1 Anhang 2 erfüllt sein. Einmal auditierte Spitäler und Kliniken werden während zwei Jahren nicht erneut auditiert. Das Vorgehen der externen Audits wird in Ziffer 3 Anhang 1 näher beschrieben.

#### 1.1.1 Akutsomatik

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren Akutsomatik

Messung	Auswahlkriterium
ANQ Bewertung der Erfassungsqualität im Rahmen der Messung zu postoperativen Wundinfekten	Als auffällig gelten die fünf Institutionen mit den tiefsten Scores.
ANQ Patientenzufriedenheit	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite) Die Auswahl einzelner Fragen oder Zufriedenheitsdimensionen wird entsprechend dem national verwendeten Befragungsinstrument festgelegt.
ANQ Patientenzufriedenheit Eltern	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ Patientenzufriedenheit Eltern». Dabei kann eine einzelne Frage oder das Gesamtergebnis betrachtet werden.
ANQ ungeplante Rehospitalisationen innert 30 Tagen	Messresultate höher (statistische Signifikanz <0.05) als der Vergleichswert (Durchschnitt risikoadjustierte Rehospitalisationsrate aller Spitäler/Kliniken) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ ungeplante Rehospitalisationen innert 30 Tagen».

#### 1.1.2 Psychiatrie

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren Psychiatrie

Messung	Auswahlkriterium
ANQ Patientenzufriedenheit	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite) in den zwei jüngsten Messungen. Die Auswahl einzelner Fragen oder Zufriedenheitsdimensionen wird entsprechend dem national verwendeten Befragungsinstrument festgelegt.
ANQ Patientenzufriedenheit Kinder und Jugendliche/Eltern	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ Patientenzufriedenheit Kinder und Jugendliche/Eltern». Dabei kann eine einzelne Frage oder das Ergebnis einzelner oder mehrerer der insgesamt sieben Themenbereiche betrachtet werden.

ANQ Symptombelastung	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite) beim Indikator «ANQ Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden HoNOS» resp. «ANQ Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden HoNOSCA».
----------------------	---

### 1.1.3 Rehabilitation

*Tabelle 3: Qualitätsindikatoren Rehabilitation*

<b>Messung</b>	<b>Auswahlkriterium</b>
ANQ Patientenzufriedenheit	Messresultate mit signifikant negativer Abweichung vom Mittelwert des Gesamtkollektivs (95% Limite). Die Auswahl einzelner Fragen oder Zufriedenheitsdimensionen wird entsprechend dem national verwendeten Befragungsinstrument festgelegt.
ANQ bereichsspezifische Messungen Rehabilitation	Messresultate der risikoadjustierten Ergebnisindikatoren mit signifikant negativer Abweichung vom Referenzwert (95% Limite) ausser Patientenzufriedenheit und Zielerreichung.

## 1.2 Begründung Priorisierung der Qualitätsaktivitäten und Wahl der Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Die Spitäler und Kliniken nutzen nationale Qualitätsmessungen und daraus abgeleitete QI (zum Beispiel aus dem ANQ-Messplan, CH-IQI oder Ringversuche im Rahmen von QUALAB) oder betriebsinterne Daten, um die Priorisierung ihrer Qualitätsaktivitäten und die gewählten Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) nachvollziehbar zu begründen (siehe Ziffer 2.3 Anhang 1).

## 2 Mindestanforderungen und Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Die Handlungsfelder dieses Vertrags orientieren sich an den Handlungsfeldern der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung. Durch das Implementieren und Umsetzen von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung im Rahmen der Handlungsfelder soll auf allen Ebenen eines Spitals oder einer Klinik die Qualität der erbrachten Leistungen gestärkt und weiterentwickelt werden.

Das Thema der Governance (insb. QMS) und die Handlungsfelder werden gestaffelt eingeführt. Die Einführungsjahre nach Inkrafttreten des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG sind in den untenstehenden Tabellen notiert. Im jeweiligen Einführungsjahr muss mindestens der Umsetzungsplan für die Implementierung der Mindestanforderungen vorliegen.

### 2.1 Governance

*Tabelle 4: Governance mit Zielen und Mindestanforderungen*

Governance Implementierung	Beschreibung / Ziele / Mindestanforderungen
<p><u>Governance</u></p> <p>Jahr 1 (entspricht dem Jahr des Inkrafttretens des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG)</p>	<p><u>Beschreibung</u>            Massnahmen zur Qualitätsentwicklung (Qualitätsmanagementsystem (QMS), Qualitätskonzept(e) und Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM)) als Voraussetzung der Umsetzung der Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken in allen Fachbereichen und Handlungsfeldern.</p> <p><u>Ziele</u>            Die Strukturen für die Qualitätsentwicklung, insbesondere das QMS, die Abbildung der Handlungsfelder im betriebsinternen Qualitätskonzept sowie die QVM sind im Spital oder der Klinik implementiert.</p> <p><u>Mindestanforderungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Handlungsfelder sind im betriebsinternen Qualitätskonzept abgebildet und beschrieben;</li> <li>• das betriebsinterne Qualitätskonzept ist in das QMS integriert;</li> <li>• die obligatorische QVM im Handlungsfeld Qualitätskultur ist anhand des PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert;</li> <li>• die zusätzlichen, anerkannten QVM aller Handlungsfelder sind anhand des PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert.</li> </ul>

## 2.2 Mindestanforderungen an Handlungsfelder

Tabelle 5: Handlungsfelder mit Zielen, Mindestanforderungen und QVM

Handlungsfeld (Einführungsjahr)	Beschreibung / Ziele / Mindestanforderungen	Erforderliche QVM
<u>Qualitätskultur</u> (Jahr 1)	<u>Beschreibung</u> Implementieren von Massnahmen zur Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Lern- und Kommunikationskultur (bspw. Just Culture), welche das Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein der Mitarbeitenden auf allen Ebenen des Betriebs stärkt. <u>Ziele</u> Leben einer Lern- und Kommunikationskultur auf allen Ebenen des Betriebs. <u>Mindestanforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das betriebsinterne Qualitätskonzept regelt die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld Qualitätskultur;</li> <li>• das betriebsinterne Qualitätskonzept ist in das betriebsinterne QMS integriert;</li> <li>• die obligatorische QVM ist anhand eines PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert;</li> <li>• mindestens eine zusätzliche, anerkannte QVM ist anhand eines PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIRS, obligatorisch</li> <li>• 1 zusätzliche, anerkannte QVM</li> </ul>
<u>Patientensicherheit</u> (Jahr 2)	<u>Beschreibung</u> Massnahmen, welche präventiv, während oder nach dem Auftreten von Ereignissen eingesetzt werden. Die Massnahmen können in den Bereichen der Infektionsprävention und Spitalhygiene (ausgenommen Psychiatrie), Medikationssicherheit, behandlungsbegleitende Qualität und Prävention (inkl. Suizidprävention für Psychiatrie) und Schnittstellenmanagement eingesetzt werden (Liste nicht abschliessend). <u>Ziele</u> Stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Patientensicherheit, indem Risiken vermeidbarer Schäden reduziert, Fehler minimiert und ihre Auswirkungen verringert werden, wenn sie doch auftreten. <u>Mindestanforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das betriebsinterne Qualitätskonzept regelt die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld Patientensicherheit;</li> <li>• das betriebsinterne Qualitätskonzept ist in das betriebsinterne QMS integriert;</li> <li>• mindestens drei anerkannte QVM sind anhand eines PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 anerkannte QVM</li> </ul>
<u>Evidenzbasierte Entscheidungsfindung</u> (Jahr 3)	<u>Beschreibung</u> Massnahmen zur Förderung der evidenzbasierten Entscheidungsfindung zum Einsatz von Gesundheitsdienstleistungen. <u>Ziele</u> Optimieren der Gesundheitsdienstleistungen (Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlung, etc.) zur Minimierung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. <u>Mindestanforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das betriebsinterne Qualitätskonzept regelt die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung;</li> <li>• das betriebsinterne Qualitätskonzept ist in das betriebsinterne QMS integriert;</li> <li>• mindestens eine anerkannte QVM ist anhand eines PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 anerkannte QVM</li> </ul>

<u>Patientenzentriertheit</u> (Jahr 3)	<u>Beschreibung</u> Massnahmen zur Stärkung der Stellung der Patienten; Sicherstellen und Einbeziehen ihrer Präferenzen, Bedürfnisse und Werte in die klinische Entscheidungsfindung. <u>Ziele</u> Stärkung der Patientenzentriertheit und Interaktion zwischen Patienten (inklusive ihrer Angehörigen) und Gesundheitsfachpersonen. <u>Mindestanforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das betriebsinterne Qualitätskonzept regelt die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld Patientenzentriertheit;</li> <li>• das betriebsinterne Qualitätskonzept ist in das betriebsinterne QMS integriert;</li> <li>• mindestens eine anerkannte QVM ist anhand eines PDCA-Zyklus im betriebsinternen Qualitätskonzept integriert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 anerkannte QVM</li> </ul>
---	---	--